



Iowa Department of Health and Human Services  
**Informe sobre el robo de beneficios de SNAP**

Se debe denunciar el robo de beneficios de SNAP a causa de una estafa dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha en que se descubra el suceso. El acceso fraudulento a los beneficios puede suceder, por ejemplo, mediante correo electrónico, mensajes de texto, teléfono o una máquina. No se considera un caso de estafa si le otorga su tarjeta EBT a alguien para que la use o si se la roban. Un miembro del grupo familiar debe completar la sección “Declaración del grupo familiar” y enviarla a la oficina del HHS antes del . Utilice el sobre proporcionado, déjelo en una oficina del HHS o envíelo por correo electrónico a .

**Declaración del grupo familiar** - Al firmar el presente formulario, declaro que robaron mis beneficios de SNAP a través de una estafa, que quiero que el HHS reemplace estos beneficios, y que sé y entiendo que se aplican sanciones por brindar información falsa. Asimismo, afirmo que la siguiente información es cierta:

Fecha en que descubrí el robo de los beneficios:	Monto total de beneficios robados:
Fechas en que se robaron los beneficios:	Los beneficios robados se utilizaron en los siguientes lugares
Tenía la tarjeta EBT conmigo cuando me robaron los beneficios. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Le di mi tarjeta EBT o número PIN a alguien que no conocía por correo electrónico, mensaje de texto o teléfono. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Pedí una nueva tarjeta EBT después de que me robaron los beneficios. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Información adicional o detalles:	

Entiendo que la firma electrónica tiene el mismo efecto legal y que se puede hacer valer de la misma forma que una firma escrita. **Escriba de forma clara.**

Nombre	Dirección
Número de teléfono	Correo electrónico
Firma del miembro del grupo familiar	Fecha de la firma

**Uso exclusivo del HHS**

El reemplazo de los beneficios robados no puede superar el menor monto de los beneficios robados o el monto equivalente a dos meses de asignación inmediatamente antes de la fecha del robo. Los beneficios P-EBT no se pueden reemplazar. Los beneficios solo se pueden reemplazar si la estafa ocurrió entre el 1 de octubre de 2022 y el 20 de diciembre de 2024. Se reemplazarán los beneficios robados del grupo familiar a causa de una estafa únicamente dos veces entre el 1 de octubre de 2022 y el 30 de septiembre de 2023, y dos veces entre el 1 de octubre de 2023 y el 20 de diciembre de 2024.

Número de caso: Número:	Fecha en que el grupo familiar descubrió el robo de beneficios:
¿Ya se reemplazaron los beneficios entre el ciclo actual de octubre a septiembre? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿cuándo?	Los beneficios verificados se robaron mediante certificación del grupo familiar, EPPIC, informe de los medios sobre dispositivos identificados de falsificación de tarjetas u otros (explique).

**Decisión**

Se <b>aprueba</b> el reemplazo de los beneficios de SNAP debido a una estafa en las siguientes fechas y montos:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>\$</span> <span>\$</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>\$</span> <span>\$</span> </div>	La solicitud para que se reemplacen los beneficios de SNAP debido a una estafa se <b>rechaza</b> por el siguiente motivo:
Firma del empleado de HHS	Fecha de la firma

**Tiene derecho a apelar** Una apelación es una solicitud de audiencia respecto de una decisión tomada por el Department of Health and Human Services (HHS). Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a presentar una apelación. No tiene que pagar para presentar una apelación. [Capítulo 7 del Código Administrativo de Iowa 441]. Puede apelar presencialmente, por teléfono o por escrito por asuntos relacionados con SNAP, Child Care Assistance (CCA), Family Investment Program (FIP), o Medicaid. Para presentar una apelación por escrito, haga uno de los siguientes:

- Complete electrónicamente una apelación en <https://hhs.iowa.gov/appeals>, o
- Escriba una carta con el motivo por el cual considera que la decisión no es correcta o
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del HHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación a HHS, Appeals Section, 321 E. 12<sup>th</sup> St., Des Moines, IA 50319-1002. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina del HHS de su condado. Usted u otra persona, como un familiar o amigo, puede decirnos por qué no está de acuerdo con la decisión de HHS. También puede tener un abogado para que lo ayude, pero el HHS no le pagará uno. La oficina del HHS de su condado puede entregarle información sobre los servicios legales existentes. El costo de los servicios legales dependerá de sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al 243-1193.

**¿Cuánto tiempo tengo para apelar?** Para temas relacionados con SNAP o Medicaid, tiene 90 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una apelación. Para todos los demás programas, debe presentar una apelación en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión o antes de la fecha en que la decisión entre en vigor. Si presenta la apelación después de 30 días, pero todavía dentro de los 90 días calendario después de la decisión, deberá explicarnos el motivo del retraso de su apelación. Si tiene un motivo justificado para haber presentado su apelación tardíamente, decidiremos si puede tener una audiencia. Si presenta una apelación fuera del plazo de 90 días desde la fecha de la decisión, no podemos concederle una audiencia.

**¿Puedo seguir recibiendo beneficios mientras mi apelación está pendiente?** Puede mantener sus beneficios hasta que una apelación sea definitiva o hasta el final de su período de certificación si presentó una apelación dentro de 10 días calendario a partir de la fecha en que recibió el aviso. Un aviso se considera recibido 5 días calendario después de la fecha que aparece en el aviso. Para FIP, CCA y Medicaid, los beneficios pueden continuar si presenta una apelación antes de la fecha en que la decisión entra en vigor. Todo beneficio que reciba mientras se esté tomando una decisión sobre su apelación deberá ser reembolsado si la medida de HHS es correcta.

**¿Cómo sabré si se me concedió una audiencia?** Recibirá un aviso de audiencia indicándole la fecha y hora en que se programe una audiencia telefónica. Si no se le concede una audiencia, recibirá una carta con la negativa. También le explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión de no darle una audiencia.

**No será discriminado.** Es política del Iowa Department of Health and Human Services (HHS) proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estado de veterano. Si cree que HHS le ha discriminado o acosado, por favor, envíe una carta detallando su queja a: HHS, Bureau of Human Resources, 321 E. 12<sup>th</sup> St., Des Moines, IA 50319-1002 o por correo electrónico a [inclusion@dhs.state.ia.us](mailto:inclusion@dhs.state.ia.us)

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

**1. correo:**

Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; o

**2. fax:** (833)-256-1665, o (202)-690-7442; o

**3. correo electrónico:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.